

RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Modulo di segnalazione per la presa in carico in Cure Palliative

Alla Struttura Complessa Cure Palliative – ASST di Mantova
 Tel: 0376 201408 Fax UCPDom 0376 201237; Fax Hospice 201417
 Mail: domiciliare.palliative@asst-mantova.it

Simultaneous Care Off Therapy

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unità di Cure palliative Domiciliare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio Cure Palliative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assistito: Cognome..... Nome.....
 Data di Nascita Domicilio.....
 Tel. del Domicilio.....

Caregiver : Cognome Nome.....
 Grado di parentela Tel..... Cell.....

Patologia ONCOLOGICA

Patologia NON ONCOLOGICA

Diagnosi e breve storia clinica dell'assistito:

.....

- Il malato è stato informato della richiesta di valutazione palliativa?** **si** **no**
I familiari sono stati informati della richiesta di valutazione palliativa? **si** **no**
I familiari sono stati informati di diagnosi e prognosi? **si** **no** **parziale**
L'assistito è consapevole della diagnosi? **si** **no** **parziale**
L'assistito è consapevole della prognosi? **si** **no** **parziale**

Bisogni prevalenti dell'assistito: Clinici Psicologici Sociali

M.M.G. /P.d. F. Dr.ssa/ Dr. Tel..... Cell.....

Attualmente il paziente si trova:

- Al proprio domicilio con Ricoverato presso..... dal.....

Indice Karnofsky/ECOG (punteggio) (facoltativo)

Soggetto e Struttura/Reparto inviante Tel

Data Firma dell'inviante.....

(Medico, Paziente, Familiare, Servizi Sociali)